

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1921

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Moïse David WEISSELFISCH

Né le 14 Janvier 1884, à Varsovie
Ancien Interne de l'Hôpital de Saint-Denis
Chevalier de la Légion d'Honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES MUTILATIONS VOLONTAIRES

ET DE

QUELQUES MALADIES SIMULÉES

Pendant la Guerre 1914-1918

Président : M. CHAUFFARD, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE
LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1921

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Moïse David WEISSELFISCH

Né le 14 Janvier 1884, à Varsovie
Ancien Interne de l'Hôpital de Saint-Denis
Chevalier de la Légion d'Honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES MUTILATIONS VOLONTAIRES

ET DE

QUELQUES MALADIES SIMULÉES

Pendant la Guerre 1914-1918



Président : M. CHAUFFARD, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE
LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR DELAVIGNE, 2

1921

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESEUR : M. POUCHET

PROFESSEURS.

MM.

Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNEO
Physiologie	CH RICHET
Physique Médicale	André BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BESANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	Marcel LABBE
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale	LECENE
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
	ACHARD
Clinique médicale.	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	P MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
	DELBET
Clinique chirurgicale.	GOSSET
	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique	J. L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile.	Aug BROCA
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino laryngologie	SEBILEAU

Agrégés en exercice

MM.			
ABRAMI	DUIVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FISSINGER	LEMIERRE	RETERER
BASSET	GARNIER	LEQUEUX	RIBIERRE
BAULOUIN	GOUGEROT	LEREBoullet	RICHAUD
BLANCHETIÈRE	GREGOIRE	LERI	ROUSSY
BRANCA	GUILLEMINOT	Le LORIER	ROUVIERE
CAMUS	GUENIOT	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ A.
CHIRAY	GUILLEMIN	MATHIEU	TANON
CHAMPY	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHEVASSU	JOYEUX	MOCOQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE (HENRI)	MULON	VILLARET
DESMAREST	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DEBRE	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES CHERS PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. CHAUFFARD
Professeur de clinique médicale à la Faculté de Médecine
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le très grand honneur d'ac-
cepter la présidence de notre thèse.
Qu'il nous permette de l'en remercier bien
sincèrement.*

88
A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM. LE PROFESSEUR QUÉNU.

LE PROFESSEUR LANDOUZY (*in memoriam*).

LE PROFESSEUR KIRMISSON.

LE DOCTEUR ANDRÉ PETIT.

LE PROFESSEUR BAR.

LE PROFESSEUR POZZI (*in memoriam*).

LE DOCTEUR LUCIEN JACQUET (*in memoriam*).

A MONSIEUR LE DOCTEUR CROUZON
Médecin des Hôpitaux de Paris

*Qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse, Hommage de notre
reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR PERRIN
Chirurgien de l'Hôpital de Saint-Denis

MEIS ET AMICIS

INTRODUCTION

Au cours de la guerre 1914-1918 le médecin n'eut pas seulement à traiter des malades et des blessés ; il eut encore à jouer un rôle de médecin légiste. Aussi nous a-t-il paru intéressant d'exposer quelques observations où l'on voit les simulateurs évoluer avec toutes leurs ruses, observations qui montrent combien l'esprit du médecin militaire doit être en éveil et combien aussi il est parfois difficile de faire le départ entre une affection réelle et une affection simulée.

Nous étudierons successivement : la simulation des blessures de guerre, la simulation des maladies externes et internes et nous terminerons par une étude d'ensemble sur les maladies simulées.

Nous sommes heureux de remercier ici M. Crouzon, médecin des Hôpitaux de Paris, ancien médecin Chef d'une ambulance et M. Ravaut, médecin des Hôpitaux de Paris, ancien médecin Chef de l'Hôpital de contagieux de Steenworde, à qui nous devons presque toute notre documentation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

SIMULATION DES BLESSURES DE GUERRE

Dans ce chapitre nous étudierons :

- 1° les mutilations volontaires ;
- 2° les simulations des paraplégies ou des lésions vertébrales après éclatement d'obus et d'éboulements ;
- 3° les autres troubles nerveux.

1° Mutilations volontaires

Observations (tirées du livre d'expertise de M. Crouzon)

Obs. I. — Le tirailleur B... a été blessé le 1^{er} mai 1915 à 15 heures pendant l'attaque. Il était sorti des tranchées et marchait en tirailleurs avec ses camarades. Il dit qu'il était près du sergent M..., mais n'a pas été vu par lui au moment de sa blessure. Un obus éclata au moment où on donnait l'ordre de se coucher pour éviter les mitrailleuses. Il tenait son fusil de la main droite et se tenait courbé en avant. Il a été blessé à la main gauche.

J'ai constaté une plaie contuse au niveau du premier espace

interdigital gauche, occupant la face dorsale et une partie de la face palmaire. Il n'existe pas de trace de déflagration de poudre sur la dorsale, mais le bord palmaire de la plaie est entouré d'une zone bleuâtre de petite étendue qui est sans doute produite par la déflagration de la poudre.

Cette plaie me paraît suspecte. J'ai fait fouiller et déshabiller cet homme ; j'ai trouvé toutes les parties de son linge et de ses vêtements en excellent état et sans trace de déflagration.

En résumé le siège de cette plaie a éveillé mes soupçons ; il semble exister sur la peau des traces de poudre ; les réponses de ce soldat autant qu'on en peut juger à travers la traduction, témoignent d'une mauvaise volonté à éclairer l'interprète. Pour ces raisons, j'établirai contre lui une présomption de mutilation volontaire, à moins qu'une enquête ne lui soit favorable.

Obs. II. — Le tirailleur A. . aurait été blessé le 2 mai à 19 heures dans une tranchée peu profonde ; il voulait déplacer les caisses de munitions et dans ce but venait de poser son sac devant la tranchée. En retirant ses mains, il aurait été atteint par un projectile qu'il ne sait préciser : éclat d'obus ou balle.

Il présente à la face palmaire de la main gauche dans l'espace qui sépare le 4^e et le 5^e doigt, une plaie déchiquetée qui a détruit la commissure de ces deux doigts, et se prolonge sur la face dorsale de la main, dont elle a fait éclater la peau en produisant une plaie étoilée à 5 branches. L'orifice d'entrée à la face palmaire est entouré d'une zone bleuâtre qui a toutes les apparences d'une imprégnation de la peau par la poudre.

Cependant, à son dire, le coup aurait été tiré à distance, car les ennemis se terraient à 100 mètres. J'ai recherché sur lui si l'on trouvait un linge avec lequel il avait pu se protéger partiellement. Tout son linge est intact, mais il a laissé son mouchoir dans la tranchée.

Les caractères de l'orifice d'entrée du projectile me font consi-

dérer cet homme comme très suspect et doivent le désigner pour une enquête sévère.

Obs. III. — Le 2 mai à 16 heures le tirailleur K., aurait été blessé dans la tranchée par un éclat d'obus venu d'en haut. Son fusil était posé à terre, il n'avait rien dans les mains ; le projectile l'aurait atteint, le dos de la main étant en haut et en avant.

Les seuls témoins seraient des Français qu'il ne connaît pas.

La 1^{re} phalange du pouce gauche est presque complètement enlevée, la section de la plaie est absolument nette et régulière, comme si elle avait été faite par une hache, elle est perpendiculaire à l'axe du doigt.

Le blessé porte en outre une éraflure sur le dos de la main, pas de trace de poudre, rien de suspect dans son linge ni dans ses vêtements. Il n'a pas pu me montrer son couteau.

La nature de cette blessure, à section si nette, peut faire supposer qu'il y a eu amputation volontaire par un instrument tranchant, mais il n'existe pas d'autre preuve.

Il y a lieu de soumettre cet homme à une enquête.

Obs. IV. — Le soldat F... m'a déclaré avoir été blessé vers le milieu de la nuit du 2 au 3 mai par un éclat d'obus, alors qu'il allait à la tranchée, pour la distribution du riz. Il portait une charge de la main droite, et tenait son fusil de la main gauche. Son fusil aurait été brisé et sa main gauche blessée. Ceux qui l'entouraient n'ont pas été blessés ; il n'y aurait pas eu de témoins de ces faits ; il s'est fait lui-même le pansement.

J'ai constaté l'existence sur la face dorsale du pouce gauche d'une plaie allongée de haut en bas et de dehors en dedans, de bords assez réguliers, profonde et accompagnée d'une fracture de la 1^{re} phalange du pouce ; les téguments environnants ne portent aucune trace de la déflagration de poudre ; je n'ai trouvé dans les vêtements et dans le linge aucun indice qui puisse faire supposer

que la main ait été protégée contre cette déflagration. J'estime du reste que cette plaie a été faite par un objet tranchant qui peut être une hache ou une serpette, mais qui peut aussi être dans certains cas un éclat d'obus très acéré.

Il y a donc dans ce cas un doute qui doit profiter à cet homme si les renseignements recueillis sur lui sont bons.

Obs. V. — Le soldat J... a été blessé le 6 mai à 17 heures par l'explosion d'une marmite, alors qu'il était en train de couper du bois dans les tranchées. Il en est résulté une plaie linéaire de la face dorsale du pouce, oblique de dehors en dedans, au niveau de l'articulation des deux phalanges et une plaie linéaire de la face dorsale de l'index au niveau de la 1^{re} phalange dont la direction est oblique et continue celle de la plaie du pouce.

Il n'y pas lieu de soupçonner les dires de cet homme ; les deux plaies concordent parfaitement comme direction et ont été vraisemblablement produites par un éclat d'obus tranchant.

Obs. VI. — Le zouave R..., a fait les déclarations suivantes : il nettoyait son fusil en tenant le canon de la main gauche. Par un mouvement maladroit, il a fait partir le coup et la décharge lui a traversé la main. Il déclare qu'il y avait des témoins, les soldats P... et G... La plaie qui en est résultée est une plaie perforante de la paume de la main gauche avec délabrement étoilé du 2^e espace interdigital et fracture du 2^e métacarpien. Il y a des traces très marquées de déflagration de poudre.

Cet homme a déjà eu une blessure de la main gauche à la bataille de la Marne : plaie perforante de la base du pouce n'ayant laissé que de très légères cicatrices. L'extrémité du pouce gauche a été broyé à l'âge de 8 ans.

J'estime que les dires de cet homme doivent être vérifiés par une enquête sévère. La blessure antérieure de la main gauche ayant pu, en raison de son peu de dommage, lui donner l'idée de se faire lui-même une blessure semblable.

Obs. VII. — Le caporal R... a été blessé le 6 mai à 3 heures du matin en faisant un créneau. Il en est résulté une plaie de l'index droit à la face interne de l'extrémité. Elle a été sans doute suspectée en raison d'une zone bleuâtre qui l'entoure, mais cette coloration forme une plaque régulière et me paraît produite plutôt par une contusion que par la déflagration.

J'estime que cet homme n'est pas suspect et qu'en raison de la légèreté de sa blessure il peut être envoyé au dépôt d'éclopés.

Obs. VIII. — Le soldat D... dans la nuit du 5 au 6 mai vers 3 heures du matin, dans la tranchée où il était guetteur, a glissé alors qu'il tenait son fusil par le fût. Le fusil s'est incliné et le coup est parti à bout portant contre son avant-bras gauche. Il estime cependant qu'il y avait une distance de 20 centimètres entre son bras et le fusil. Il dit qu'il y avait deux témoins de l'accident.

La blessure consiste dans un orifice d'entrée de l'avant-bras gauche à la face antérieure entourée d'une zone de déflagration un peu inférieure à cent sous et entourée d'un anneau de brûlure superficielle. A la face postérieure de l'avant-bras, il existe un orifice de sortie minime situé près du bord cubital.

La nature de la blessure est évidente ; les déclarations du blessé confirment les constatations. La blessure a bien été produite par son propre fusil. L'enquête seule permettra de dire si l'accident a été volontaire ou involontaire.

Obs. IX. — Le 6 mai à 11 heures du matin en nettoyant son fusil, le soldat B... dit s'être tiré par accident une balle dans le pied gauche. On constate en effet au niveau de la racine du 2^e orteil un orifice très petit, avec trace de déflagration sur la phalange de cet orteil. L'orifice de sortie est béant et irrégulier au niveau de l'espace interdigital séparant le 1^{er} du 2^e orteil.

La blessure à bout portant est évidente, mais peut être aussi bien le fait d'un accident que d'une mutilation volontaire. L'enquête seule permettra peut-être de préciser.

Nous allons maintenant, d'après ces observations, fixer les principaux caractères qui permettent de suspecter une mutilation volontaire et d'en faire le diagnostic.

Tout d'abord, les blessures des mains et des pieds et surtout de la main gauche, doivent toujours être examinées à ce point de vue. Les mutilations siègent surtout dans les parties molles, au niveau des commissures des doigts, à l'éminence thénar, dans les espaces interosseux, aux extrémités des doigts. La direction de la balle doit toujours être étudiée avec soin, car il faut rendre compte si la blessure a pu être produite par l'homme lui-même. Mais il ne faut pas oublier que la mutilation se fait souvent aussi avec un complice, ce sont des mutilations mutuelles : « fais-le moi, je te le ferai ». Pour le pied la direction de la balle est importante à connaître, car il est difficile d'avoir un trajet perpendiculaire à la face dorsale du pied si elle n'a pas été le fait du soldat lui-même. Comme les observations mentionnées ci-dessus le montrent, la constatation des lésions produites par la déflagration est d'une importance capitale : elles consistent tantôt dans une simple zone bleue, tantôt dans une véritable brûlure. Mais les hommes savent que les coups tirés de près ou à bout portant provoquent ces lésions révélatrices et ils s'en préservent en protégeant la peau avec un mouchoir, un pan de leur chemise. Il faut donc rechercher sur eux ces pièces à conviction. Enfin l'interrogatoire serré peut amener des aveux ou donner au médecin un soupçon de plus.

Reste les blessures des mains dues aux balles ennemies que certains soldats provoquent en élevant le bras au dessus de la tranchée. Le diagnostic est impossible à faire

par le médecin. C'est une tâche qui incombe à l'autorité militaire.

2° Simulation des paraplégies ou des lésions vertébrales après éclatement d'obus et d'éboulements

La dernière guerre a amené un certain nombre de blessures ou plutôt d'accidents de guerre consécutifs au bouleversement des tranchées.

Les *éboulements* produisent les contusions dorso-lombaires simples, ou plus violentes quand les hommes sont enterrés. Mais un certain nombre de ces accidentés exagèrent les symptômes qu'ils éprouvent, les prolongent ou simulent même, dans la suite, une paraplégie ou une lésion vertébrale. Ce sont de véritables cas de *sinistrose* (pour employer le mot de Brissaud vis-à-vis des accidentés qui ne guérissent que quand l'indemnité qui leur est due a été réglée à leur satisfaction). Ces accidentés ne veulent guérir qu'à la fin de la guerre : ils peuvent avoir l'attitude courbée en deux des pottiques ou spondylosiques, ou bien simulent la difficulté de la marche. Il faut bien entendu écarter soigneusement le diagnostic de paraplégie, en examinant les réflexes tendineux et cutanés. Il faut également écarter l'idée de lésion vertébrale (fracture ou luxation) par un examen soigneux, et il faut se rappeler qu'il existe une *spondylite traumatique* (Kummel) décelable par la radiographie et qui peut laisser des séquelles pendant des mois et des années. Mais si l'on écarte le diagnostic de lésion organique, ner-

veuse ou vertébrale, il faut se hâter de guérir ces hommes par un traitement externe, par une sorte de suggestion et de rééducation. Car, si la guérison n'est pas rapide, et si ces hommes sont évacués vers l'intérieur ils exagéreront ou simuleront leur maladie pendant des mois.

3° Les autres troubles nerveux

Observés chez les hommes ayant assisté aux grandes batailles ils peuvent être également simulés ou exagérés. Ainsi s'observe à la suite de violentes canonnades, de bombardements par des pièces de gros calibres ou d'explosion à proximité, des troubles mentaux caractérisés par un état de dépression psychique, de la stupeur, de la mélancolie, de l'amnésie, de fugues etc. Il s'agit là de maladies réelles.

Un certain nombre de ces manifestations, attribuées autrefois et même au début de la guerre par certains auteurs à l'hystérie ou à l'hystéro-traumatisme, doivent être actuellement vues sous un autre jour. C'est à M. Ravaut que revient l'honneur d'avoir démontré dans une communication à l'Académie de Médecine (*Bulletins de l'Académie de Médecine* 1915, p. 717), la nature organique de ces troubles. La ponction lombaire lui a, en effet, révélé la présence de sang ou l'augmentation de la quantité d'albumine dans le liquide céphalo-rachidien. Ces accidents nerveux peuvent se rencontrer chez des malades qui n'ont aucune plaie extérieure et dont le système nerveux est touché par contre-coup : les ondes explosives transmettant à l'organisme des malades le choc aérien produit par l'explosion, ainsi qu'en

témoignent les observations qui vont suivre recueillies par M. Ravaut :

Obs. X. - Un sergent d'infanterie est amené en novembre 1914 à l'ambulance pour une paralysie apparue immédiatement à la suite de l'explosion d'un gros obus, à une faible distance de lui. A l'examen on constate une paralysie complète des deux membres inférieurs, avec anesthésie remontant jusqu'à l'ombilic ; de plus, impossibilité absolue d'uriner. Les téguments sont intacts et le malade ne présente aucune plaie externe, aucune hémorragie pas même une ecchymose. Le sondage de la vessie montre une urine sanglante. Une ponction lombaire amène, sous forte pression, un liquide sanglant. L'examen des autres viscères fut négatif. Ce blessé n'a pas pu être suivi plus longtemps, car il fallait l'évacuer le lendemain matin.

Obs. XI. — Le 4 mars 1915, à midi, une bombe à main éclate à environ un mètre du soldat P. 42 ans. Trois hommes sont tués et deux autres blessés. Lui-même a été bousculé, recouvert de terre et fortement étourdi. Il a pu se relever, mais péniblement. On le conduit dans un abri et il s'aperçoit qu'il est paralysé du côté gauche ; de plus il ne peut plus parler. Il passe la nuit au poste de secours.

5 mars. — Le malade est amené à l'ambulance. On constate une hémiplegie complète de tout le côté gauche, face et membres ; il existe en outre une hémianesthésie complète du même côté. Il parle avec beaucoup de difficulté et bégaye. Enfin la vision et l'audition sont affaiblies du côté gauche. Les réflexes sont faibles ; le réflexe de Babinski est normal. Sur le corps l'on ne constate aucune blessure ni aucun signe de traumatisme. Dans la journée, le malade est pris d'une crise convulsive. Il se plaint d'une céphalée extrêmement violente qui est apparue immédiatement après l'accident. Dans la soirée, on pratique une ponction lombaire qui donne issue à un liquide clair. L'examen cytologi-

que n'en a pas été fait. La recherche des albumines par la chaleur montre une augmentation très nette du taux de l'albumine.

6 mars. — Amélioration considérable. La céphalée a disparu. L'hémiplégie s'est améliorée et le malade peut marcher en traînant la jambe ; le bras est faible, mais le malade le remue. La paralysie n'existe presque plus. La parole est plus facile, mais le bégaiement persiste. L'anesthésie n'est plus aussi complète.

7 mars. — L'amélioration continue. Les réflexes ne sont pas modifiés. Les troubles de la vision et de l'audition n'existent plus. La sensibilité est presque normale. Les urines sont normales.

8 mars. — L'amélioration continue. On pratique une seconde ponction lombaire. Le liquide est toujours limpide, mais la quantité d'albumine a diminué, quoique plus abondante que dans un liquide normal.

9 mars. — Le malade marche beaucoup mieux, mais la jambe est toujours contracturée en extension. Le bras est beaucoup plus fort. La parole est meilleure, mais un léger bégaiement persiste. La sensibilité est normale.

12 mars. — Grosse amélioration. Le malade traîne toujours la jambe. Le bras a reconquis sa force normale. Le bégaiement a disparu. Les réflexes sont normaux. Pas de signe de Babinski.

13 mars. — Même état. On pratique une ponction lombaire. La quantité de l'albumine a encore diminué et paraît encore très légèrement supérieure au taux normal.

16 mars. — Comme signe pathologique le malade ne présente plus qu'une légère faiblesse de la jambe gauche qu'il traîne encore un peu en marchant. Les réflexes sont normaux.

Pendant son séjour à l'ambulance, la température a toujours été normale. Le pouls a oscillé entre 65 et 75. Les urines n'ont jamais présenté de sucre ni d'albumine.

Obs. XII. — T. 32 ans. 5 mars 1915. A la suite de l'éclatement d'un obus dans le milieu du refuge où il se reposait, T. est projeté sur le sol et recouvert de terre. On le relève et il reste une

heure sans connaissance. Il est aussitôt conduit à l'ambulance et on constate qu'il se tient difficilement sur les jambes, il paraît complètement obnubilé et ne parle pas. Il se repose toute la journée ne demandant rien. Il ne présente aucune trace de blessure ni de traumatisme externe.

6 mars. — Il a repris connaissance et se plaint d'une céphalée extrêmement violente. Il ne présente aucun phénomène paralytique et sa sensibilité est normale. Il est complètement sourd de l'oreille gauche ; de ce côté également la vision est un peu moins nette. La ponction lombaire donne issue à un liquide clair. L'examen cytologique n'a pu être pratiqué. La recherche de l'albumine par la chaleur montre une très légère augmentation de la quantité normale.

7 mars. — La céphalée a complètement disparu. La vision est meilleure, mais la surdité de l'oreille gauche est toujours absolue. Le malade se plaint de bourdonnements d'oreille.

8 mars. — Même état. La ponction lombaire montre que le liquide céphalo-rachidien est redevenu normal ; l'augmentation légère de l'albumine constatée deux jours avant a disparu.

12 mars. — Les troubles de la vue n'existent plus, mais le malade n'entend toujours pas de l'oreille gauche. La démarche et toutes les autres fonctions sont intactes.

16 mars. — Il est évacué sur l'arrière pour la surdité et ne présente aucun autre phénomène pathologique. La température et le pouls ont toujours été normaux. Les urines n'ont jamais présenté ni sucre ni albumine.

Le choc vibratoire de l'explosif peut également provoquer des désordres intimes de la substance nerveuse sans modification du liquide céphalo-rachidien. L'observation suivante de M. Guillaïn (*Presse médicale* 1915, p. 225) est particulièrement démonstrative à ce point de vue :

Obs. XIII. — Un soldat de 20 ans était au poste d'écoute

dans une tranchée de 1^{re} ligne ; une bombe de minnenwerfer éclate auprès de lui ; il perd connaissance, revient à lui au bout d'une demi heure étant sourd et paraplégique. La surdité disparaît rapidement, mais la paralysie persiste. A l'examen, cinq jours après l'accident, on constate une paraplégie flasque totale des membres inférieurs, sans troubles sphinctériens, cutanés abdominaux et cutanés plantaires absolument normaux ; le liquide céphalo-rachidien était également normal. C'était le type très classique d'une paralysie hystérique fonctionnelle. L'évolution a montré combien aurait été erroné ce dernier diagnostic. En effet, si certains mouvements sont réapparus, une amyotrophie diffuse des membres inférieurs s'est créée ; les réflexes rotuliens se sont exagérés, la trépidation épileptoïde, spontanée et provoquée s'est montrée et des signes de dégénérescence du faisceau pyramidal sont devenus évidents.

Mais à côté des troubles nerveux (mentaux et sensoriels) que l'on pouvait considérer comme fonctionnels et qui sont réels et organiques, il en est d'autres qui sont purement fonctionnels, et d'autres qui sont simulés. Et il est souvent difficile de différencier les uns des autres. Telles sont d'abord les *psychasthénies* que nous avons vues sur le front : un certain nombre de ces malades sont sincères, ils sont déprimés par l'émotion au baptême du feu, par l'insomnie due à la canonnade. Mais un repos de quelques jours à vingt kilomètres en arrière, dans un endroit non réperé et à l'abri d'un bombardement les remettra rapidement. Ce sont les *éclopés mentaux*, c'est-à-dire des mentaux susceptibles de guérison dans les mêmes délais que les autres éclopés en quinze à vingt jours. Ce sont des hommes qu'il est donc inutile d'évacuer vers l'intérieur et qui doivent être retenus dans la zone des étapes après un triage soigné.

A côté de ces éclopés mentaux qui sont sincères, il en est d'autres qui simulent ou exagèrent. Il est souvent difficile de les convaincre de leur mauvaise foi. Les simulateurs peuvent prendre l'apparence de délirants, peuvent faire des fugues soit disant pathologiques, organisent des scènes de somnambulisme : on pourrait toujours les prendre au piège en y mettant de la persévérance et une observation continue et sagace.

Les crises nerveuses, les contractures hystériques, se sont aussi rencontrées en grand nombre.

Nous abordons maintenant le deuxième groupe de faits observés : les simulations des maladies *externes* et *internes*.

SIMULATION DES MALADIES EXTERNES ET INTERNES (1)

Simulation des maladies externes

Le **maquillage**. — Ce dernier mot est emprunté à l'argot militaire : c'est lui qui sert à désigner les « trucs » employés pour produire des maladies externes. Nous allons relater un certain nombre de ceux que nous avons vus ; nous avons pu même obtenir les confidences de quelques gradés coloniaux qui nous ont donné des « recettes » que nous ne connaissions pas.

L'infection des plaies et les phlegmons peuvent être provoqués en infectant une excoriation avec la graisse d'armes. Ils peuvent aussi être produits au niveau de la malléole interne en brûlant la peau avec un morceau de drap, puis en

(1) Nous empruntons également quelques exemples à l'article publié dans les Bul. et Mém. de la Soc. Médic. des Hôp. de Paris du 7 juin 1918 par MM. F. Trémolières et L. Caussade, ainsi qu'à une conférence faite par ce dernier à la Réunion Médico-Chirurg. de la 7^e Région, le 6 janvier 1918 dont ils ont bien voulu nous donner communication et auxquels nous adressons ici nos vifs remerciements.

faisant une friction ou un pansement au savon avec un linge humide laissé à demeure pendant toute une nuit. Le lendemain il y a une infection et une infiltration des téguments. Certains soldats, quand ils peuvent se procurer une seringue de Pravaz, se font aussi des injections d'eau de savon, d'urine ou de pétrole, ou bien ils s'introduisent sous la peau un fil enduit de tartre dentaire.

Nous avons vu au début de la guerre, à l'hôpital temporaire de Cluny, un cas de *faux érysipèle* provoqué sans doute par la farine de moutarde : toute la face était rouge, légèrement gonflée et couverte de petites vésicules. Ces dermites vésicantes peuvent aussi être provoquées par l'emplâtre de thapsia. L'évolution est en général apyrétique.

Les *œdèmes provoqués* sont obtenus au moyen d'une constriction par une corde ou un lien et l'on recherchera le sillon de constriction qui persiste parfois, et qui a pu faire déceler la simulation dans l'observation suivante :

Obs. XIV. — (Personnelle). Le tirailleur R. entre à l'ambulance le 10 juillet 1915 pour hydarthrose du genou droit.

Le 27 novembre 1914 il a eu les deux pieds gelés ; il est soigné pendant un mois dans un hôpital et dirigé ensuite sur son dépôt, où il reste jusqu'au mois de mars 1915, date à laquelle il revient sur le front. A la suite de marches et d'exercices, il commence à éprouver de la gêne et des douleurs dans le genou droit, et l'articulation augmente de volume. Cinq jours après, apparaissent des douleurs dans les articulations métatarsophalangienne droite.

Le 26 avril 1915 il est dirigé sur un hôpital pour un séton du bras droit par éclat d'obus ; il y reste jusqu'au 7 juin. Pendant son séjour à l'hôpital, l'état de son genou s'est considérablement amélioré : la gêne et la douleur ayant disparu, il est renvoyé sur le front. Dès lors, nouvelle éclosion de douleurs dans le ge-

non droit en même temps que l'articulation augmente à nouveau de volume.

Le 10 juillet il est dirigé sur l'ambulance. A l'examen on constate : de l'œdème du dos du pied droit. L'augmentation de volume du genou droit s'accompagne de signe d'épanchement articulaire. Le choc rotulien existe, le cul de sac sous quadricipital est moyennement distendu. Il existe en outre une douleur légère à la pression du ligament latéral externe du genou. Les extrémités osseuses, tant fémorale que tibiale, ne sont pas douloureuses.

12 juillet. — En 48 heures, l'épanchement diminue sous la seule influence du repos et l'œdème du pied droit disparaît entièrement.

15 juillet. — Réapparition de l'œdème du pied et nouvelle augmentation de l'épanchement du genou. On se méfie et en faisant rabattre entièrement le caleçon, on aperçoit immédiatement au dessus du genou la trace large de deux travers de doigt environ d'un lien circulaire. Le malade est prévenu de la découverte de sa supercherie et alors tous les phénomènes soi disant pathologiques disparaissent progressivement.

Les jours suivants le malade attire plus spécialement l'attention sur les douleurs de l'avant pied droit ; aucun signe objectif. L'existence réelle de ces douleurs est difficile à nier, en raison de la gelure des deux pieds datant de l'hiver.

Le malade sort de l'ambulance le 20 juillet n'ayant plus que quelques craquements dans le genou.

En résumé, il semble, dans ce cas, qu'il s'agissait d'une très légère lésion articulaire exagérée et aggravée par la simulation (constriction de la cuisse au-dessus du genou).

Les conjonctivites peuvent être provoquées par la poudre d'ipéca (c'est un procédé courant, car on peut se procurer facilement ce médicament) ou encore par l'emplâtre de thapsia, le tabac. Les soldats invoquent volontiers l'action des gaz irritants. Cette conjonctivite le plus souvent unilaté-

rale affecte habituellement l'œil droit ; le cul-de-sac inférieur où peuvent rester quelques parcelles de substance irritante est le plus souvent atteint, le cul-de-sac supérieur restant parfois indemne.

Voici un exemple de conjonctivite provoquée :

Obs. XV. — (Personnelle). Le soldat D. présente une conjonctivite de l'œil droit avec rougeur intense et épaissement des conjonctives palpébrales ; injection de la conjonctive bulbaire avec cercle vasculaire périkératique. Cette affection aurait débuté le 10 mai 1915.

Le soldat D. appartenant à la classe 1911, a été blessé en septembre 1914. Il a été du 23 septembre au 11 novembre dans un hôpital pour une plaie de la cuisse droite et de la fesse, puis du 5 au 26 décembre à l'hôpital du B. pour la même lésion (extraction d'un shrapnell), blessure dont il porte les cicatrices au-dessous du pli de l'aîne droite et à la partie moyenne et externe de la fesse droite.

Désigné pour partir au mois de mars 1915 avec un détachement de renfort, il aurait déserté et aurait été condamné de ce fait à deux ans de prison avec sursis par un conseil de guerre. Compris dans un second détachement de renfort il arrive au régiment le 12 mai 1915 ; il aurait reçu au cours du trajet un débris de charbon dans l'œil droit. A son arrivé à Rexpoëde, il présentait un gonflement de la paupière droite avec larmolement. Il est présenté à une visite médicale et dirigé sur l'hôpital de G. où il est resté 12 jours. De là il est dirigé sur le dépôt d'éclopés de M. puis sur l'hôpital de Z. Il arrive au régiment le 15 juillet présentant à ce moment une conjonctivite bulbaire et palpébrale de l'œil droit avec léger exsudat purulent.

Le 19 juillet, la conjonctivite était étendue aux deux yeux présentant sensiblement les mêmes caractères des deux côtés : rougeur intense, larmolement très léger, exsudat purulent. L'œil gauche était guéri vers le 2 août.

La durée anormale de cette affection en avait rendu l'origine suspecte. Il n'a cependant jamais été possible de trouver à la surface ou dans le cul-de sac conjonctival aucune trace de corps irritants pouvant provoquer les symptômes constatés.

Toutefois, vers le 25 juillet, près du bord de la paupière inférieure gauche, une ulcération superficielle de 1 mm. environ de diamètre, avait fait resserrer encore la surveillance à l'infirmier du cantonnement. Le 11 août à la suite des recherches faites dans les vêtements et les objets de D, on a trouvé un petit crayon d'azotate d'argent correspondant à peu près comme dimension à l'ulcération observée sur la conjonctive de l'œil gauche.

Il est possible que cet objet soit le corps irritant, employé par cet homme, pour provoquer et entretenir cette affection dont la durée semble vraiment anormale.

Les *arthrites* et le *rhumatisme* sont simulés par la percussion répétée du genou avec un sachet de sable pendant un quart d'heure à une demi-heure : il s'ensuit un gonflement dû sans doute à une périarthrite et même perçoit-on des craquements articulaires.

De même *l'entorse* est provoquée en appliquant la malléole interne contre un objet dur (planche de bois) séparé par un tampon, la malléole externe étant également recouverte d'un tampon sur laquelle on percute.

Le *chancre* est simulé en se brûlant la verge ou la langue avec une cigarette.

Simulation des maladies internes

La simulation des maladies internes est également fréquente : la *fièvre* peut être produite en fumant des cigarettes contenant de l'opium ou de la quinine ; nous rappe-

lons le *truquage du thermomètre* que l'on fait chauffer ou dont on frotte la cuvette.

A ce dernier sujet nous croyons qu'il n'est pas sans intérêt de relater le fait suivant, que nous avons observé au front :

Obs. XVI. — (Personnelle). En juin 1918 étant au repos avec un bataillon de tirailleurs algériens, nous fûmes demandé un jour par notre infirmier près d'un officier malade auquel il venait de prendre la température qui était 39, 9.

En entrant dans la chambre de cet officier celui-ci s'exclama en nous apercevant : « docteur surtout ne m'évacuez pas ; soignez-moi tant que vous voudrez, mais ne m'évacuez pas ». Il se plaignait d'une courbature généralisée et de douleurs dans le genou droit.

A l'examen nous avons constaté un pouls normal, un ventre souple non douloureux, rien aux poumons ni au cœur, et un état général paraissant très bon. Ancien sous-officier ayant fait un long séjour au Maroc, il avait été blessé au début de la guerre à la jambe droite par un éclat d'obus ; à la suite de cette blessure il lui manquait près de la moitié de la longueur du tibia. La blessure était complètement cicatrisée, il n'y avait pas de fistules. Les os et les parties molles de la jambe et du genou n'étaient pas douloureux à la pression, et les mouvements de l'articulation du genou s'effectuaient librement et sans résistance.

Il n'a jamais eu les fièvres paludéennes.

Nous ne pûmes nous expliquer l'origine de cette forte fièvre et, concevant un doute sur sa réelle existence, nous ordonnâmes néanmoins le traitement de circonstance : purgation à jeun, antithermiques, régime liquide et repos au lit. L'infirmier allait lui prendre la température régulièrement matin et soir avant notre visite. Le lendemain matin la température annoncée par l'infirmier était 38,8, le soir 39, 5. Les trois jours suivants même jeu de températures : à nos visites journalières le malade se plaignait

d'un malaise général sans pouvoir rien préciser de net ; à nos examens nous avons toujours constaté un pouls normal, rien de pathologique et nos doutes sur l'existence réelle de cette fièvre s'affermirent de plus en plus.

Au 5^e jour de la maladie son capitaine, auquel il manquait un officier pour l'exercice matinal qui commençait à 5 heures et pour lequel les officiers de la compagnie se succédaient tous les jours à tour de rôle, nous demanda à voix basse s'il était réellement malade.

Cette fois-ci nous résolûmes de précipiter notre ligne de conduite et nous allâmes nous-même avec l'infirmier assister à la prise de la température au moment de notre visite matinale habituelle. Pendant que le malade prenait lui-même sa température rectale nous l'observions avec attention sans toutefois lui laisser soupçonner que nous avions le moindre doute sur l'existence de sa maladie. Il commença alors à s'agiter nerveusement ; ses mains saisissaient et lâchaient les couvertures et à un moment donné elles disparurent sous elles en même temps qu'il devint plus calme. A ce moment nous lui fîmes remarquer bien amicalement et sous forme d'enseignement que pour éviter des erreurs et pour que les renseignements fournis par un thermomètre soient exacts, il ne faudrait pas le toucher et que même la résolution musculaire devrait être complète. Se rendant compte que nous visions essentiellement la température et pour éviter de dévoiler son subterfuge, il retira ses mains et s'abandonna, en nous déclarant nonchalamment que sa température n'était pas toujours régulière et qu'il lui arrivait de temps à autre de la prendre dans la journée et avoir 36° 37°. Au bout de quelques minutes nous retirâmes le thermomètre, il marquait 36, 8.

Pour rester dans notre rôle de médecin traitant nous augmentâmes la ration alimentaire en lui recommandant de garder toujours le lit, et nous allâmes le visiter journellement en assistant nous-même à la prise de la température ; celle-ci était toujours normale.

Au 8^e jour en nous rendant à dîner au mess, nous nous trouvâmes

en présence de notre pseudo-malade qui nous déclara être complètement rétabli et nous remercia des bons soins que nous lui avions prodigués.

Les *oreillons* sont simulés, soit par des injections sous-cutanées d'air en avant des oreilles, soit en soufflant avec effort, en pinçant ses narines et en appliquant la main contre la bouche ; la tuméfaction qui en résulte est sonore à la percussion et s'accompagne d'emphysème sous-cutané ; il n'y a pas de fièvre. L'*angine* et la *laryngite* sont souvent provoquées, nous a-t-on dit, par des applications autour du cou, de linges mouillés et froids, ou bien en fumant des cigarettes arrosées d'alcool. La *bronchite* peut être provoquée en fumant des cigarettes faites de tabac mélangé de soufre pulvérisé. On sait également que l'*hémoptysie* est souvent simulée en faisant saigner un doigt dans un crachoir. Les *palpitations du cœur* sont obtenues par l'ingestion de grande quantité de café, par la masturbation intense. Les *urines* sont souvent maquillées par du sucre ou tel autre produit. L'absorption de grandes quantités d'urotropine provoque des *hématuries* abondantes (MM. Pierre Marie et P. Béha-gue, Com. à l'Acad. de Méd. du 11 mai 1920). La *diarrhée* peut être simulée en avalant de copieuses rasades d'eau de savon, ou en s'introduisant de l'alun dans l'anus. L'*appendicite chronique* est souvent invoquée par les hommes instruits ou même par quelques officiers en vue d'une évacuation : il ne faut alors établir le diagnostic que sur les signes objectifs et n'attacher d'importance aux dires du malade que s'il décrit un symptôme précis avec douleur localisée, vomissement, constipation, fièvre. Enfin des instructions que nous avons reçues nous ont averti que les simulateurs

n'hésitaient pas à ingérer l'acide picrique pour produire l'ictère.

Les *troubles nerveux* sont d'une simulation fréquente : on sait que la *sciaticque* est souvent simulée, mais elle peut être facilement dépistée par le signe de Lassègue. Quelques-uns cependant sont sincères et sont atteints d'une affection peu connue : l'arthrite sacro-iliaque. La douleur se révèle alors à la pression d'un point précis qui correspond à l'interligne articulaire. Si on ne pense pas à cette affection, on peut s'exposer à considérer comme simulateurs des gens atteints de fausse sciaticque et qui sont cependant de bonne foi. Quant à la sciaticque invétérée, elle sera également reconnue par l'abolition du réflexe achilléen du côté correspondant.

Le *mutisme* et l'*aphasie* sont également des maladies simulées, mais le rôle est difficile à tenir. Nous nous rappelons avoir vu à Poperinghe, un homme qui voulut simuler l'aphasie ; il pensait que l'aphasie permettait le chuchotement à voix basse, à l'exclusion de tout mode de langage à voix haute ; en réalité, il imitait grossièrement l'aphonie : il fut guéri en quelques jours par l'application de pointes de feu sur les amygdales.

L'*épilepsie* est souvent simulée et on doit dire que les simulateurs arrivent à reproduire tous les signes, à savoir : l'aura, le cri, les convulsions toniques et cloniques, l'émission d'urine, l'écume aux lèvres, le sommeil consécutif, etc., et même la morsure de la langue. Il est cependant deux signes qu'ils ne peuvent imiter : c'est d'abord la congestion de la face qui arrive à une teinte violacée noirâtre tout à fait différente de la rougeur à laquelle arrivent les imita-

teurs. C'est d'autre part le signe de Babinski, c'est-à-dire l'extension des orteils sous l'influence de l'excitation de la plante du pied qui se produit souvent pendant la crise, et persiste pendant quelque temps. Si on a la chance d'assister à la crise on peut avoir une opinion précise que confirme le phénomène des orteils. Sinon, il faut la faire décrire par des témoins avant de conclure à la probabilité. On sait, du reste, que le règlement n'écarte de l'armée que l'épilepsie constatée. Rappelons enfin que l'épilepsie débute presque toujours dans la seconde enfance ou dans l'adolescence et qu'on retrouve souvent dans ses antécédents les convulsions de la première enfance. Il faut donc se méfier de ces épilepsies qui débutent au régiment ou plus tardivement, à moins qu'il n'y ait soupçon de syphilis, d'alcoolisme ou d'absinthisme.

Nous avons terminé avec nos souvenirs de guerre relatifs à la simulation des maladies et des blessures. Nous voudrions maintenant jeter un coup d'œil d'ensemble sur tous ces faits, les comparer aux simulations que nous voyons dans la pratique civile, en dégager les caractères communs, les causes, le moyen de diagnostic et en indiquer le traitement.

ETUDE D'ENSEMBLE SUR LES MALADIES SIMULÉES

Sans faire d'historique, rappelons le nombre de faits dont s'est enrichi le chapitre des maladies simulées au détriment de celui de *l'hystérie*. L'œdème bleu des hystériques, le pemphigus hystérique et tous les troubles trophiques que l'on considérait comme classiques du temps de Charcot, sont maintenant disqualifiés : c'étaient uniquement des supercheries. L'œdème bleu était produit par un lien serré autour du membre : c'est le même procédé de maquillage qu'emploient les soldats. Le pemphigus était produit par les hystériques en se brûlant avec des allumettes ou avec un tisonnier rougi. Toutes ces manifestations trophiques sont maintenant rayées de la liste des maladies véritables surtout depuis les remarquables travaux de Babinski qui ont transformé notre conception de l'hystérie. L'état mental d'un grand nombre de malades de ce genre, a été éclairé aussi par les études de Dupré, qui a montré qu'à la base existait presque toujours le mensonge, d'où le nom de *mythomanie* et de *mythomane*. Aussi un grand nombre de ma-

nifestations sensitivo-sensorielles de l'hystérie peuvent être décelées par cette notion de la supercherie.

La plupart du temps la cause qui préside à la simulation ou à l'automutilation, c'est l'intérêt, la perspective d'une réforme, d'une pension, et pour les soldats pendant la guerre, de l'évacuation vers l'intérieur. Chez les hystériques, c'est souvent aussi un intérêt quelquefois difficile à découvrir. Il est enfin des mythomanes qui mentent pour le plaisir de mentir.

Ce qui importe surtout ici, comme d'ailleurs dans toutes les maladies, c'est le *diagnostic* exact. Il a son importance surtout en médecine militaire par ses hautes conséquences au point de vue médico-légal. Il est formel quand on peut en obtenir l'aveu. Il faut pour cela une grande patience, comme peut en témoigner l'histoire du pathomime de Dieulafoy où il fallut plus de trois semaines pour l'obtenir. On fait encore le diagnostic en surprenant le malade en flagrant délit de simulation ou de maquillage. Enfin, les caractères mêmes de la maladie simulée, dont quelques-uns ont été exposés ici, peuvent créer la présomption et souvent la probabilité.

Le *traitement*, si on peut s'exprimer ainsi, fait la preuve de la simulation. Souvenons-nous des vieux adages : *naturam morborum curationes ostendunt* ; ou *sublatâ causa tollitus effectus*, ils ont ici toute leur portée. La guérison rapide d'une attitude courbée, d'une aphasie, d'une surdité totale par les pointes de feu, l'électrisation, la suggestion ou mieux par la persuasion, fait la preuve de la simulation. Et pour les sujets intelligents, on ne saurait trop s'engager à user de la persuasion en les prenant à part en leur faisant un

petit sermon, quelquefois même sans les accuser, et en les laissant supposer qu'on peut croire à leur sincérité.

Quel que soit le procédé employé — et il doit varier en raison des mentalités diverses — la guérison doit être rapidement obtenue. Il ne faut pas que ces sujets s'accrochent à cette idée de simulation qui devient une idée fixe, une règle de conduite quelquefois pendant des années, comme chez le pathomime de Dieulafoy.

Et les amener à la confession est quelquefois pour eux un soulagement, car ils sont souvent las de l'attitude qu'ils se sont imposés. Pour nos simulateurs militaires, la nécessité de les dépister et de les convaincre rapidement s'impose, parce que nous devons éviter leur évacuation, et parce que nous devons empêcher l'exemple et la contagion de ces imitations ; on sait que ces simulations surviennent par épidémies.

CONCLUSIONS

De l'ensemble de ce travail, nous tirons les conclusions suivantes :

1° Que les mutilations volontaires sont effectuées le plus souvent sur les mains et les pieds et de préférence dans les parties molles, à l'éminence thénar, dans les espaces inter-osseux, aux extrémités des doigts ;

2° Qu'après éclatement d'obus, on peut observer à côté des simulateurs, des sujets qui, n'ayant aucune plaie extérieure, peuvent néanmoins présenter des lésions du système nerveux, révélées par la présence de sang ou d'hyperalbuminose dans le liquide céphalo-rachidien ; d'autres, chez lesquels ce dernier étant normal, l'évolution seule pourra montrer la nature réelle de l'affection ;

3° Que les simulateurs ici étudiés peuvent être rangés en deux catégories : les *simulateurs purs* comprenant la mutilation volontaire, le maquillage, les simulations de la fièvre, de l'ictère, des maladies nerveuses (paraplégie, sciatique, épilepsie, psychasthénie, mutisme) et les *exagérateurs*. Ces

derniers peuvent être de deux sortes : les uns *conscients*, exemple : sinistrose, contusion des reins après explosion d'obus, appendicite chronique, maladies internes, etc. ; d'autres *inconscients*, exemple : association hystéroorganique, manifestations diverses de l'hystérie, etc.

4° Que la nécessité de préciser le diagnostic s'impose pour les malades et les blessés militaires en temps de guerre, tant au point de vue des conséquences médico-légales qu'au point de vue de la conservation des effectifs dans la zone des armées, par un triage sévère.



Vu, le Doyen,
H. ROGER.

Vu, le Président,
CHAUFFARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	5
Simulation des blessures de guerre :	
1° Mutilations volontaires.....	7
2° Simulation des paraplégies ou des lésions vertébrales après éclatement d'obus et éboulement.....	13
3° Les autres troubles nerveux	14
Simulation des maladies externes	20
Simulation des maladies internes.....	24
Etude d'ensemble sur les maladies simulées	30
CONCLUSIONS	33

—
Saint-Amand (Cher). — Imp. CLERC-DANIEL
—

